

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen)

Vor- und Zuname Geburtsdatum

Geburtsname

Wohnort und Straße

Hauptdiagnosen

.....

Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung? nein ja, welche?

Suchtkrankheit? nein ja, welche?

Ansteckende Krankheit? nein ja, welche?

Allergien? nein ja, welche?.....

Hörbehinderung? nein leichte schwere Sehbehinderung? nein leichte schwere

Sprachstörung? nein leichte schwere Schluckstörung? nein leichte schwere

Dekubitus nein ja, wo?

Kontrakturen? nein ja, wo?

Täglicher Hilfebedarf abgeleitet aus dem Grad an Selbstständigkeit

selbstständig (st), überwiegend selbstständig (üst), überwiegend unselbstständig (üust), unselbstständig (ust)

Körperpflege

	st	üst	üust	ust		nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen d. Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nein		ja
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ernährung

	st	üst	üust	ust
Mundgerechte Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			

Ist eine besondere Ernährung erforderlich?

nein ja, welche?

Mobilität

	st	üst	üust	ust
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Bettlägerigkeit vor? nein ja

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein

ja, welche?

bereits vorhanden? ja nein

bereits verordnet? ja nein

Orientierung

	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur eigenen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruhe/Schlaf

	nein	zeitweise	dauernd
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinlauftendenz? nein ja

Liegt Rehabilitationsfähigkeit vor? ja nein noch unklar

Besonderheiten

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patient/in besprochen. Der/die Patient/in ist

einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet

.....
Datum, Unterschrift des Arztes

.....
Praxisstempel